69e Année. 11e Série. Tome I. N° 21 21 Mai 1898

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Revue Clinique de Médecine, Chirurgie & Obstétrique

Directeur : **F. DE RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Marcel BAUDOUIN.**

SOMMAIRE. — Bulletin : Les « Florifères » et les vraies Châtrées, par Marcel Baudouin. — Médecine opératoire : Les opérations pour obstruction intestinale, par M. Jeannel (de Toulouse). — Revue des Sociétés Savantes de la Semaine : I. *Médecine*. — 2. *Chirurgie*. — Les Livres nouveaux. — Revue des Congrès : Congrès Français de Médecine (Montpellier, 12 au 17 avril 1898). — Variétés : Un cas de ronflement extraordinaire. — Formules. — Nécrologie. — Nouvelles et Faits divers. — Petite Correspondance. — Bulletin bibliographique. — Institut bibliographique.

BULLETIN

Les « Florifères » et les vraies Châtrées.

Plusieurs de mes collègues ont loué, ces jours-ci, la valeur, sinon documentaire, du moins littéraire, d'un roman nouveau, due à une femme de talent, qui signe Camille Pert. Ce volume, qui a pour titre très suggestif : « les Florifères », et pour égrigraphe ces quelques mots : « Elles sont telles que certains arbustes, créés par la culture moderne, aux admirables fleurs qui ne portent point de fruits..! », veut peindre certaines femmes, celles qui n'hésitent pas à *se faire enlever* les ovaires ou même l'appareil utéro-ovarien tout entier, pour éviter les ennuis de la maternité. Et quelques-uns de nos amis se sont écriés : « Voyez avec quelle *exactitude dans les détails* cette femme — qu'on va jusqu'à dire sans ovaires elle-même (ce qui doit-être une ignoble calomnie !) et qui n'est peut-être qu'un homme ! — a décrit les malheureuses, privées de la plus indispensable des glandes à sécrétion interne — et surtout externe ! — des espèces animales ! Constatez comme elle a bien étudié, avec l'habileté d'un physiologiste consommé, avec la finesse d'un psychologue de haute envergure, les modifications qu'imprime à l'organisme, et au système nerveux en particulier, l'ablation de ces organes, qui valent toujours... si chers et qu'on n'arrache qu'au prix de l'or !

J'ai lu ce livre et n'ai pas été convaincu, malgré tout mon dévouement à la cause féministe, dévouement qui ne fait de doute pour personne, surtout pour mes confrères doctoresses ! Toutes ces affreuses histoires sont archi-fausses ! Des « Florifères » *volontaires, grâce à la chirurgie* ! Mais cela n'existe pas, même dans des proportions minimes ! Qu'il y en ait quelques très rares dans le Paris qui rôde autour des Folies-Bergère, cela n'est même pas probable ! Et je me refuse à croire qu'il en foisonne dans les parages des Champs-Elyséens et du Palais de Glace ! Je ne veux donc pas ici défendre des *opérateurs*, qui n'en ont pas besoin, ni même le fameux docteur Trajan ; ce serait temps perdu. Passons l'éponge sur ce tissu d'erreurs.

Ce qui est exact, et ce qu'on n'a pas dit, même dans les romans, c'est qu'il existe vraiment à Paris toute une masse de châtrées ; mais elles n'ont rien à voir avec la chirurgie. Elles ressortissent de la médecine, ou plutôt de l'hygiène, celles-là ; et il ne faut pas les confondre avec ces pauvres femmes, que des affections terribles ont forcé à se faire enlever l'utérus et les ovaires par d'autres individualités que le Dr Trajan !

Ces châtrées-là, qui sont les *véritables*, sont constituées par cette foule de femmes dont l'*ovaire est usé* à vingt-cinq ans, et par cette quantité innombrable de jeunes filles, *devenues infécondes* par disparition des ovules, sans que ceux-ci aient jamais été utilisés ! Peter a dit : « On a l'âge de ses artères, et non pas celui de son extrait de naissance ! » Beaucoup de jeunes Parisiennes, jolies ou non, ont de même, l'âge de leurs *ovaires vieillis*. C'est ce que je prouverai un jour.

Marcel Baudouin.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les Opérations pour obstruction intestinale (1);

Par M. JEANNEL (de Toulouse),
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

REVUE GÉNÉRALE.

Quand un chirurgien a décidé d'intervenir sur un malade atteint d'obstruction intestinale, il a le choix entre deux méthodes opératoires : la *méthode palliative* et la *méthode radicale*. La méthode palliative comprend une seule opération : l'entérostomie. La méthode radicale comprend tous les actes opératoires destinés à la découverte et à la levée de l'obstacle, c'est-à-dire au traitement de la lésion intestino-péritonéale qui cause l'obstruction. Il arrive d'ailleurs fréquemment, on pourrait dire trop fréquemment, que le chirurgien entreprend l'opération avec la ferme intention d'employer la méthode radicale, mais qu'il se trouve obligé de se résigner à la méthode palliative, c'est-à-dire à l'entérostomie.

HISTORIQUE. — Sans parler des tentatives opératoires faites par les anciens chirurgiens Praxagoras de Cos, Léonidès d'Alexandrie, Paul Barbette, etc., la chirurgie de l'obstruction intestinale ne commença à entrer dans une ère vraiment scientifique que du jour où Nélaton (1840) et Maisonneuve (1844) eurent précisé les indications et fixé les règles de l'entérostomie. Cette opération resta pendant de longues années l'unique ressource, malgré quelques tentatives de laparotomie, du reste malheureuses. Ce ne fut qu'à dater de l'époque où l'antisepsie rendit bénignes les opérations sur le péritoine et l'intestin, que la laparotomie prit le premier rang et relégua l'entérostomie au second. Du reste, si la règle n'est plus aujourd'hui de faire d'emblée l'entérostomie, s'il faut toujours commencer par une laparotomie exploratrice, l'entérostomie reste encore, non plus comme opération de choix, mais comme opération de nécessité, un excellent expédient.

1° **Méthode palliative.** — *Entérostomie.* — J'ai décrit plus haut l'entérostomie avec tous les détails nécessaires. Qu'il me suffise de dire, qu'en cas d'obstruction intestinale, l'anus contre nature doit être ouvert aussi près que possible et, naturellement, au-dessus de l'obstacle ; et que, d'ailleurs, la méthode n'est admissible, qu'en cas d'obstruction siégeant sur le cæcum ou sur l'extrémité inférieure de l'iléon. En effet, ouvrir un anus sur le jéjunum, c'est vouer l'opéré à l'inanition.

Donc, l'entérostomie d'emblée sera faite au moyen d'une incision qui découvre l'extrémité inférieure de l'iléon, celle de la cæcostomie ou de la ligature de l'iliaque externe droite, et le chirurgien choisira une anse grêle qui soit aussi proche que possible du cæcum.

2° **Méthode radicale.** — Toute opération pour obstruction intestinale comprend deux temps :

1° *Laparotomie exploratrice pour découvrir l'obstacle* ;

2° *Opérations intestino-péritonéales pour lever l'obstacle ou traiter la lésion intestino-péritonéale qui cause l'obstruction.*

1. — Laparotomie exploratrice. — Technique opératoire. — a) *Anesthésie.* — L'anesthésie générale s'impose, étant données l'importance des manœuvres et la nécessité de la résolution musculaire.

b) *Antisepsie, aides, instruments.* — Comme de coutume. Il faut être prêt à tout. Le lavage de l'estomac peut être bon : il arrête les vomissements pendant l'opération.

c) *Lit.* — Le lit à renversement est très utile.

Manuel opératoire. — Il existe deux variétés de laparotomie exploratrice : 1° *la laparotomie intra-péritonéale*, au cours de laquelle on ouvre le péritoine, de façon à explorer l'intestin directement ; 2° *la laparotomie sous-péritonéale*, où l'on n'ouvre pas le péritoine ; on le décolle pour explorer les viscères indirectement, à travers la séreuse intacte.

1° **Laparotomie intra-péritonéale.** — Si le diagnostic du siège de l'obstacle pouvait être fait, il faudrait inciser sur l'obstacle, de manière à l'atteindre le plus directement possible. Mais le plus souvent, le chirurgien ne possède aucune donnée précise ; il a devant lui un ventre uniformément ballonné ; qu'il ouvre donc alors au milieu, sur la ligne blanche, au voisinage de l'ombilic.

Cependant, dans certains cas, un signe précieux

(1) Ce chapitre est un extrait d'un volume qui vient de paraître : *Chirurgie de l'Intestin ;* par M. le Dr JEANNEL (de Toulouse). — Paris, Inst. de Bibliogr., vol. in-8 de 410 p. environ, avec 363 fig. dans le texte. — Prix : 10 fr.

existe : il n'y a pas, ou il y a peu de ballonnement, il n'y a pas de vomissements fécaloïdes! C'est que l'obstacle siége sur le jéjunum ; en pareille occurrence, l'incision sera sus-ombilicale, tout en restant médiane.

L'incision et la recherche de l'obstacle peuvent être faites suivant deux procédés : 1° *le procédé classique ; 2° le procédé de Kümmell ou éviscération*.

1° Procédé classique. — L'incision sous-ombilicale mesure à la peau 10 à 12 centimètres, un peu moins dans les couches profondes; elle doit permettre l'introduction de la main.

Le ventre est ballonné; redoublez donc de précautions, lorsque vous arrivez sur le péritoine, et incisez celui-ci avec prudence, pour ne pas blesser l'intestin distendu et impatient de s'épandre; vous ferez bien de saisir un pli du péritoine, en le pinçant avec les doigts ou une pince à disséquer, de couper le pli à sa base avec des ciseaux; de prendre les lèvres du trou, ainsi obtenu, dans les mors de deux pinces hémostatiques, l'une à droite, l'autre à gauche, et d'engager dans le trou l'une des branches de ciseaux mousses, pendant que vous soulevez le péritoine au moyen des deux pinces servant de suspenseurs.

Le péritoine est ouvert, une anse se présente; qu'une compresse ou une éponge la maintienne; ou mieux, hâtez-vous d'introduire la main droite dans le ventre, votre poignet bouchera l'orifice péritonéal, si l'incision a la mesure voulue.

C'est le moment d'aller en reconnaissance pour découvrir l'obstacle. Procédez méthodiquement. Allez d'abord à la recherche du promontoire. A droite, est le cæcum; à gauche, le côlon descendant. Explorez en premier lieu le cæcum. Assurez-vous que c'est bien lui que vous tenez, en trouvant, si possible, et en sentant ses larges bandes musculaires, en contournant du doigt son bas-fond et constatant qu'il est libre de mésentère, et que celui-ci ne commence que sur le côlon ascendant.

C'est donc bien lui! Est-il plein? L'obstacle est au-dessous, sur le côlon; allez alors immédiatement à gauche du promontoire, et trouvez le côlon descendant appliqué par son court méso contre la paroi abdominale et pourvu de ses appendices épiploïques ; si vous le préférez, portez les doigts sur l'S iliaque, que vous atteignez et ramenez dans l'incision où vous la voyez : est-elle pleine? L'obstacle est au-dessous sur le rectum, cherchez plus bas. Est-elle vide? L'obstacle est entre le rectum et le cæcum, cherchez plus haut.

Mais le cæcum est vide? Donc l'obstacle est au-dessus, sur l'iléon ou le jéjunum.

Si vous pouvez, à partir du cæcum, saisir l'iléon et l'amener dans la plaie, ce sera heureux; mais ce n'est pas toujours facile, car la main se perd dans la foule des anses distendues. Dévidez alors l'intestin grêle de bas en haut, en l'amenant dans la plaie, pour le dérouler, l'inspecter et le réduire, au fur et à mesure, jusqu'à ce que vous ayez trouvé l'obstacle.

Mais l'iléon vide, implanté sur le cæcum vide, n'est pas toujours découvert.

Après avoir promené la main dans le ventre, en haut, en bas, à droite, à gauche, dans l'espérance d'y rencontrer l'obstacle, si vous n'avez rien découvert, retirez-la. Saisissant alors dans la plaie la première anse venue, dévidez et inspectez l'intestin, sans vous lasser, jusqu'à ce que vous ayez trouvé l'obstacle. Mais il importe alors, pour ne pas s'égagarer, de marquer un point de repère sur l'intestin, au niveau du point où vous commencez à dévider. Retenir l'anse dans la plaie est incommode et encombrant, il vaut mieux passer un long fil à travers le mésentère, sous l'intestin, et en nouer les deux chefs ; ceux-ci seront retenus par une pince, hors de l'abdomen.

Il faut considérer que la lésion peut siéger dans et sur l'intestin lui-même ; volvulus, invagination, corps étrangers, rétrécissement néoplasque ou non ; ou bien, qu'il peut résulter de l'étranglement d'une anse engagée ; soit dans un orifice de la paroi, soit dans un orifice du mésentère, soit sous une bride ou un diverticule adhérent à la paroi ou au mésentère. C'est pourquoi, je conseille, avant d'entreprendre le dévidage, qui constitue une manipulation traumatisante d'une longue étendue d'intestin, et par conséquent dangereuse, je conseille, dis-je, l'exploration méthodique de la paroi abdominale et de ses orifices, par leur face profonde. Nombre d'obstructions sont causées par l'étranglement d'une anse dans un pertuis de la paroi abdominale situé, soit sur la ligne blanche, soit en dehors de la ligne blanche, soit au voisinage des anneaux, ombilical, crural et inguinal,

véritables hernies pariétales, absolument impossibles à reconnaître à l'extérieur par l'inspection simple ou même par la palpation de la paroi abdominale : j'en ai opéré au moins deux de ce genre. Dans ces pertuis, ou bien c'est une anse qui s'engage et s'étrangle, ou bien c'est l'épiploon qui se fixe et alors, sur ou sous l'épiploon formant bride, l'intestin s'étrangle.

Or, aucune variété d'étranglement interne n'est plus facile à reconnaître par la main qui, introduite dans l'abdomen, pour palper la face profonde de la paroi, en suit les contours et accroche forcément l'épiploon ou l'intestin engagé dans le pertuis.

Chez la femme, l'exploration du petit bassin s'impose nécessairement ; la pelvi-péritonite, fréquente chez elle, a pu laisser des brides péritonéales qui seront facilement découvertes. Mais il ne suffit pas de découvrir une bride, il faut s'assurer qu'elle étrangle une anse intestinale, et par conséquent voir, libérer et traiter au besoin cette anse. Chez un de mes opérés, il existait une bride entre une fibrome et la paroi, mais point d'anse étranglée sur elle ; je cherchai ailleurs et trouvai un gros calcul dans le jéjunum.

Il faut songer encore aux hernies rétro-péritonéales ou dans l'hiatus de Winslow. Il faut, par conséquent, que la main explore les fossettes péri-cæcales et péri-duodénales et enfin l'hiatus. Cependant, ce n'est pas tant l'exploration des fossettes et de l'hiatus qui a permis ici le diagnostic, c'est la constatation par le palper, si ce n'est par la vue, d'une tumeur rétro-péritonéale élastique, soit derrière le cæcum à droite, soit derrière le duodénum à gauche, soit enfin derrière l'estomac, à droite.

Quant aux étranglements dans un trou mésentérique ou sous un déverticule adhérent au mésentère, et aux obstructions dont la cause réside sur, ou dans l'intestin lui-même, si la main plongée et errante dans l'abdomen ne les découvre pas sous forme d'une masse pelotonnée de consistance anormale, ou d'une anse immobilisée, c'est le dévidage de l'intestin qui permettra seul de les reconnaître.

Mais je ne puis insister davantage, étudiant ici, non pas le diagnostic, mais les manœuvres opératoires propres à fournir le diagnostic.

2e Procédé de Kümmell — Eviscération. — Kümmel (1886), dans le cas où le siège de l'obstruction reste inconnu, fend le ventre, de l'appendice xyphoïde au pubis, et reçoit l'intestin, qui fait hernie en masse, dans des serviettes chaudes et aseptiques. Il étale l'intestin autant que possible, voit, délimite, saisit, isole l'anse où siège l'obstacle et la retient hors du ventre, pendant qu'il réduit le reste de l'intestin hernié.

Dans une thèse récente (1897), Tixier, de Lyon, prend en main la cause de l'éviscération et la plaide avec une chaleur que tempère la prudence du clinicien. Une série de signes tirés de l'état général ; collapsus cardiaque, dyspnée, intoxication profonde : de l'état du péritoine : irritabilité, inflammation ; de l'état de l'intestin : ballonnement, vomissements, doivent faire redouter l'éviscération. C'est seulement dans l'intervention précoce qu'il faut l'accepter, et elle ne doit toujours être qu'une manœuvre d'investigation, suivie de manœuvres curatives, essentiellement simples et rapides.

Dans l'intervention tardive, elle doit être rejetée, dans les cas où le diagnostic d'étranglement ou d'invagination aura été fermement posé. Quant à la technique opératoire, Tixier la précise mieux que personne.

1° *Soins préliminaires.* — Diminuer autant que possible le météorisme abdominal avant d'intervenir, ce qui est plus aisé à conseiller qu'à obtenir ; envelopper le malade de linges chauds ; faire le lavage de l'estomac, si les vomissements sont fréquents.

Opérer dans une salle chaude, 25° au minimum, dit Tixier.

Le lit à renversement est indispensable.

Préparer des serviettes chaudes et humides, dans lesquelles l'intestin sera reçu. L'expérience a, en effet, démontré qu'au contact des linges secs, la vaso-dilatation des anses intestinales est manifestement plus considérable qu'au contact des linges humides. Il s'ensuit une hypérémie et une stase veineuse des anses qui se traduit par une transsudation séreuse abondante, et qui mène à la syncope cardiaque.

Pour éviter le refroidissement par évaporation, inévitable avec les serviettes mouillées, Olshausen emploie du papier à la gutta-percha ; mais ce papier est froid. Tixier, dans le même but, double les serviettes humides avec une feuille de gutta-percha laminée ; mais l'asepsie de la feuille de gutta est bien

difficile ! Le mieux est encore de doubler les premières serviettes appliquées sur l'intestin d'autres serviettes chaudes et sèches, voire même de mouiller constamment les premières serviettes avec de l'eau chaude ; mais alors, c'est une inondation !

2° *Choix de l'incision.* — L'éviscération est rendue très facile ; mais la réintégration est plus malaisée par l'incision médiane. C'est le contraire pour les incisions latérales.

Quoi qu'il en soit, l'incision médiane reste préférable : elle doit être large.

3° *Éviscération.* — En un seul temps, c'est-à-dire en une seule prise, il faut prendre à pleine main la masse intestinale et la jeter hors du ventre, sur les serviettes. Moins on multipliera les contacts de l'intestin, mieux cela vaudra. Telle est l'éviscération classique. Je me hâte d'ajouter que l'éviscération peut être partielle, c'est-à-dire porter seulement sur une portion de l'intestin.

4° *Réintégration.* — Le siège de la lésion est reconnu ; l'anse malade est isolément empaquetée ; le reste de la masse intestinale doit être réintégré immédiatement. Moins l'éviscération sera prolongée, meilleur cela sera.

Pour obtenir la réintégration, le chirurgien peut employer deux procédés :

1° Les lèvres de l'incision sont soulevées, soit par les doigts des aides, soit au moyen de pinces ou de fils suspenseurs, de manière à rendre la plaie aussi béante que possible et à agrandir la cavité abdominale ; l'intestin est alors précipité et mollement foulé en masse dans l'abdomen. C'est le *procédé classique ;* mais il ne réussit pas toujours.

2° Le *procédé de la serviette*, attribué à Kümmell, consiste à emballer les anses herniées dans une serviette chaude et aseptique, dont les bords sont profondément engagés sous les lèvres de la large plaie pariétale, puis à faire le taxis sur ce sac d'un nouveau genre, dont on engage de plus en plus les bords dans le ventre, jusqu'à l'y faire pénétrer tout entier. Une suture provisoire diminue alors l'étendue de la plaie, et permet de retirer sans danger la serviette devenue inutile.

Lorsque la réintégration est obtenue, il reste à traiter, comme il sied, la lésion d'où résulte l'obstruction, puis à fermer le ventre suivant la technique établie.

Qu'il emploie, pour découvrir l'obstacle, le procédé classique ou le procédé de Kümmell, l'opérateur est toujours gêné dans ses manœuvres par les anses distendues, ou bien encore la réduction de l'intestin hernié peut être rendue, par le ballonnement des anses, très difficile, sinon impossible. Dans les deux cas, l'évacuation du contenu gazeux ou liquide s'impose.

Rehn (1887), pour obtenir l'affaissement de l'intestin distendu, conseille le lavage de l'estomac au cours de l'opération ; il affirme que c'est là une pratique simple et très efficace. Evidemment, c'est simple, évidemment ce peut être efficace pour les premières portions du jéjunum ; mais on ne conçoit pas qu'une sonde ou une pompe stomacale puisse parvenir à vider l'iléon ou le cæcum distendu.

Madelung (1887) préconise l'incision méthodique de l'intestin. Il fait une laparotomie médiane sous-ombilicale de quelques centimètres, choisit une anse grêle distendue quelconque, mais cependant aussi près que possible du cæcum, l'attire hors du ventre, l'incise pour vider l'intestin. Puis il place sur l'incision une suture temporaire et confie l'anse à un aide. Il va alors à la recherche de l'obstacle par le procédé ordinaire. S'il le trouve et qu'il puisse le lever, il fait l'entérorraphie latérale sur l'incision, qu'il réduit. S'il ne le trouve pas, ou si l'obstacle est insurmontable, il fait l'entérostomie sur l'anse incisée.

J'estime, avec la grande majorité des chirurgiens, qu'il est inutile de faire d'emblée l'incision, comme Madelung, car les cas sont nombreux où l'obstacle a pu être découvert et levé sans cela. Mais je crois aussi qu'il ne faut pas hésiter à y avoir recours, pour peu que la distenston des anses gêne les manœuvres de recherche, de traitement ou de réduction.

Reste la question du choix à faire entre le procédé de recherche classique et l'éviscération. S'il n'est pas douteux que l'éviscération conduise directement et vite au but, il est non moins certain qu'elle constitue une manœuvre absolument grave et choquante à l'excès. Le dévidage intra-péritonéal de l'intestin est assurément traumatisant, lent, difficile, et même dangereux, lorsqu'il doit être total, c'est-à-dire être fait d'un bout à l'autre du tube digestif ; mais il est excep-

tionnel qu'il doive être total; le plus souvent l'exploration méthodique du ventre, telle que je l'ai décrite, donne de précieuses indications qui permettent de limiter les manipulations intestinales. Aussi bien, en fait, la réintégration de l'intestin après l'éviscération n'est le plus souvent obtenue qu'au prix d'un pétrissage de l'intestin qui vaut bien le dévidage. En résumé, quant à moi, je cherche à éviter l'éviscération ; mais je sais m'y résigner et la faire hardiment lorsqu'elle s'impose.

2° **Laparotomie sous-péritonéale de Bardenheuer.** — Bardenheuer a proposé une méthode de diagnostic des affections intra-abdominales, particulièrement applicable à l'obstruction intestinale.

Il incise la paroi abdominale jusqu'au péritoine exclusivement. Il décolle ce dernier sur une étendue plus ou moins considérable ; puis il saisit, palpe et explore les viscères, à travers la séreuse pariétale, sans ouvrir la cavité péritonéale.

1° *Incision rénale.* — C'est celle dont l'emploi est le plus fréquent. Il y en a trois variétés, suivant la direction qu'on lui donne. Ce sont l'*incision lombaire*, qui va de la onzième côte au milieu de la crête iliaque ; l'*incision costale*, qui part du bord externe de la masse sacro-lombaire et marche parallèlement au rebord costal ; l'*incision iliaque*, qui part du bord externe de la masse sacro-lombaire et marche parrallèlement à la crête iliaque.

L'incision rénale sert à l'exploration des tumeurs rétro-péritonéales (hernies rétro-péritonéales), à la palpation du foie, de la tête du pancréas, du duodédum, du côlon, du cæcum, de la rate.

2° *Incision symphysienne.* — Elle est tracée transversalement au-dessus de la symphyse et est prolongée, soit à gauche, soit à droite ; mais elle n'est utilisable, pour l'exploration de l'intestin, que si on la combine à l'incision costale ou à l'incision iliaque.

3° De même l'*incision thoracique*, suivant les limites osseuses de la cage thoracique, qui a pour but l'exploration de la région sous-diaphragmatique.

Bardenheuer conseille de préférence l'incision rénale droite simple, ou combinée aux incisions costale ou iliaque, pour l'exploration de l'intestin, en cas d'obstruction intestinale, parce que les étranglements internes, déterminés par des anneaux, sont particulièrement accessibles par le côté droit, sauf la hernie intersigmoïde. Toutefois, si les symptômes y invitent, on incisera à gauche ou même au-dessus de la symphyse. L'incision doit être longue, pour découvrir une large surface du péritoine, et permettre une palpation ou une inspection étendue des viscères recouverts par la séreuse.

D'après Bardenheuer les avantages du procédé sont les suivants : « 1° possibilité d'accomplir toute l'opération, sans ouvrir la cavité séreuse ; possibilité de découvrir l'anse, le plus souvent périphérique, de l'intestin grêle, située au-dessus de l'obstacle ; 3° possibilité de découvrir parfois l'obstacle et de faire alors la laparotomie, avec des indications certaines sur le siège et la nature de la lésion, en épargnant au malade les trop longues manipulations de l'intestin, que nécessitent autrement les recherches ».

La méthode d'exploration extra-péritonéale de Bardenheuer n'a pas conquis la faveur des chirurgiens ; si même elle est encore employée, ce n'est qu'à titre d'exception. D'une part, en effet, l'exploration de la cavité péritonéale et des viscères y contenus, par le palper, à travers l'incision, sans décollement de la séreuse, reste absolument insuffisante, et d'autre part, le large décollement de la séreuse, sous l'une ou l'autre des lèvres de l'incision pariétale, constitue un traumatisme important et hémorragique, assurément beaucoup plus sérieux que l'ouverture même du péritoine, faite aseptiquement.

D'ailleurs, l'important est de diagnostiquer d'abord l'existence d'une lésion viscérale intra-péritonéale intestinale, par exemple. Or, pour ce diagnostic, l'exploration extra-péritonéale est inutile. Quant à la détermination du siège de la lésion diagnostiquée, n'est-il pas plus simple d'y arriver au moyen de la laparotomie classique, qui s'impose pour le traitement ?

Même pour le diagnostic des hernies rétro-péritonéales (péri-duodénales, péri-cæcales, intersigmoïdes ou dans l'hiatus), je ne vois point du tout les avantages de la méthode de Bardenheuer. A supposer en effet, qu'une incision rénale, lombaire ou iliaque, aboutisse, par hasard, à découvrir dans le fond des lombes et permette de toucher l'anneau herniaire, le traitement de pareilles hernies est si difficile, si compliqué, qu'il faut y voir pour le parfaire et je doute que l'incision

exploratrice puisse, à cet effet, remplacer la laparotomie.

Ce ne serait que dans les cas où la tumeur herniaire, au lieu de préominer dans le ventre, comme d'ordinaire, ferait saillie dans l'une ou l'autre lombe et à la fosse iliaque, qu'il serait avantageux d'inciser sur elle. Mais alors ce ne serait plus une incision exploratrice, ce serait une incision du traitement.

(A suivre).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

DE LA SEMAINE

I. — MÉDECINE.

A l'*Académie de Médecine*, séance du 17 mai 1898, quelques communications vraiment dignes d'intérêt. Signalons rapidement *l'élection* de M. Ehrman (de Mulhouse) *comme membre associé national* par 58 voix sur 65 voix, dont 5 à M. Delore (de Lyon), 1 à M. Paulet (de Montpellier) et 1 bulletin blanc.

Arrivons de suite à la communication de M. Dieulafoy sur la **syphilis de l'estomac.** L'orateur lit l'histoire clinique d'un malade de son service, qui fut atteint de syphilis de l'estomac, et qui présentait comme symptôme dominant des vomissements incoercibles.

Il formule ensuite les conclusions suivantes :

1° La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer ;

2° Les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous des formes variées : érosions hémorragiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux ;

3° Ici, comme dans toutes les pertes de substance des parois stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé ;

4° Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcus simplex : douleurs xiphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissement alimentaires, grandes et petites hématémèses, melœna, amaigrissement cachectique ;

5° Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois les signes de l'ulcus simplex survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique ;

6° Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint de l'ulcus simplex ou de l'exulcération simplex.

7° En pareille circonstance, le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium ;

8° La notion de la syphilis, comme cause des ulcérations stomacales, est d'autant plus importante à connaître qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

Puis le Dr Darier donne lecture de son travail sur **la guérison de l'ophthalmie purulente par le protéinate d'argent (protargol).** L'auteur considère cette substance comme un médicament d'autant plus efficace qu'il s'adresse à la forme la plus grave, la plus virulente, celle qui est due au gonocoque. Elle est d'autant plus actif qu'il est employé en solution plus concentrée, et que son application est plus fréquemment répétée. Cet agent n'a aucune action caustique ou corrosive. On n'aura donc jamais à craindre d'avoir employé une dose trop forte, et des catastrophes déplorables provoquées par des cautérisations trop énergiques à la pierre infernale n'auront jamais lieu avec le protéinate d'argent. Même en solution très concentrée (50 0/0), cette substance, mise en contact avec la cornée, ne produit pas le moindre trouble, même superficiel. Le malade en sent à peine l'application, et la cuisson légère qu'il ressent plus tard est supportée facilement, même par des enfants délicats. Il résulte donc des recherches faites par l'auteur que le protéinate d'argent est absolument inoffensif et peut être employé même à des doses élevées sans crainte de complications. Le 20 0/0 est employé pour la grande majorité des cas de conjonctivites catarrhales, même les plus intenses. Dans l'ophtalmie purulente, si les cautérisations bi-quotidiennes à 20 0/0 n'amènent pas une rapide amélioration, il faut avoir recours au plus tôt à la solution à 50 0/0 que l'on emploiera d'emblée quand on aura affaire à des formes graves ou déjà anciennes.

M. Joannes Chatin lit son rapport sur une note de M. Paul Joy, relative **au développement de la coccidie oviforme.** Il s'agit là d'un parasite microscopique qu'on rencontre souvent dans le foie du lapin, et qui est également transmissible à l'homme. L'orateur cite à l'appui l'observation clinique de deux malades.

M. le Président annonce **le décès de M. Dezanneau (d'Angers)**, correspondant de l'Académie depuis 1894 dans la section de chirurgie, et celui de **M. Krassowski (de Saint-Pétersbourg)**, correspondant étranger depuis 1885 dans la section de gynécologie.

M. Lédé donne lecture d'un **travail de statistique relatif à la protection de l'enfance en 1896.**

II. — CHIRURGIE.

A la *Société de Chirurgie*, séance du 11 mai 1898, suite de la discussion sur les *Psychoses post-opératoires*. Quelques chirurgiens éminents viennent apporter leur contribution à l'étude de la question ; mais, en définitive, celle-ci est-elle tranchée ? Existe-t-il réellement des psychoses post-opératoires ? Les accidents nerveux ne sont-

ils pas en réalité pré-opératoires ? Ou bien, existe-t-il des psychoses pré-opératoires et post-opératoires ? Tels sont les points d'interrogation auxquels s'efforcent de répondre les divers orateurs.

Mais, auparavant, signalons une observation intéressante de M. Monod relative à une femme atteinte d'une **luxation réduite du poignet** et à laquelle l'auteur fit une injection antitétanique préventive ; 16 jours après, apparition des spasmes tétaniques dans le membre où s'était montrée de la suppuration. Amputation du membre et nouvelle injection anti-tétanique. Guérison de la malade ; mais guérison due à l'injection ou à l'amputation du membre ?

Voici donc maintenant la question des **psychoses post-opératoires.**

M. Ollier résoud la question dans le dernier sens que nous avons indiqué ; suivant l'éminent chirurgien de Lyon, il y a des psychoses non seulement post, mais encore pré-opératoires. L'auteur a observé des cas de troubles nerveux nés entre le moment où l'opération fut décidée et celui où on devait la faire. C'est surtout avant l'ère de l'antisepsie, alors que la terreur des opérations existait, que des cas de ce genre se sont manifestés.

M. Ollier a observé également des toubles mentaux dus à l'administration du chloroforme. Une de ses malades, le lendemain d'une opération où avait été donné le chloroforme, fut atteinte de mélancolie avec tendance au suicide, qui dura pendant un temps assez long. A une seconde opération, pratiquée plus tard sur la même malade, on administra de l'éther ; cette fois, aucun trouble ne se produisit. Les accidents nerveux qui surviennent à la suite des opérations gynécologiques ne sont pas plus fréquents que ceux qui suivent toute autre opération.

Suivant M. Le Dentu, l'acte opératoire sur les organes génitaux de la femme est une prédisposition manifeste à l'apparition des troubles cérébraux post-opératoires. Ceux-ci se divisent en délire d'excitation et délai de dépression plus ou moins prononcé. Il y a, de plus, des délires de cause toxique ; même pour ces formes, il faut admettre une part de prédisposition. Certains délires, maniaques, hystériques ou autres, se révèlent à l'occasion d'une opération.

M. Gérard Marchant se place nettement vis-à-vis de la question ; pour lui, il existe des troubles cérébraux dus à l'intervention seule. Il cite deux observations à l'appui de sa thèse, celle d'une malade de 70 ans, à laquelle il enleva un sein, et qui fut prise d'affaiblissement cérébral et de délire à la suite de l'opération ; la guérison survint ensuite. En second lieu, un homme de 78 ans, amputé de la cuisse pour gangrène et pris des mêmes accidents, dont il guérit d'ailleurs également. L'orateur cite encore d'autres observations analogues, notamment celles relatives à une extirpation du ganglion de Gasser, et dans lesquelles les troubles nerveux apparurent après l'opération. Chez les dilatés d'estomac, lors de reins mobiles et d'utérus malades, il faut redouter l'apparition d'aliénation mentale après l'opération.

M. Félizet communique plusieurs cas de **Corps étrangers des voies respiratoires chez les enfants.** La trachéotomie doit être pratiquée d'urgence dans ces cas qui, chez les enfants, sont très graves. Il faut redouter l'occlusion de la glotte et l'asphyxie à bref délai, si on n'intervient pas.

M. Michaux présente un malade qui avait été atteint d'une **Fracture du maxillaire inférieur par projectile. Prothèse. Guérison.**

A l'*Académie de Médecine*, séance du 17 mai 1898, M. Guépin a fait une communicationtrès intéressantesur les **modes de guérison de l'hypertrophie sénile de la prostate.**

La guérison absolue est possible aux deux premiers stades anatomo-pathologiques de l'évolution des lésions organiques ; elle est cependant rare parce que le malade ne veut généralement pas s'astreindre à un traitement sévère, condition *sine qua non* de la réussite.

La guérison relative affecte deux modalités : 1° avec prostatite atténuée, non persistante, avec menace d'accidents infectieux, sans rétention d'urine ; 2° avec sclérose totale de la prostate sans accidents infectieux, avec santé générale bonne, mais miction volontaire impossible sans le secours de la sonde.

En somme, le traitement logique de l'hypertrophie prostatique peut avoir, s'il est employé assez tôt, une action curative ; plus tard, il aura des effets palliatifs, avec tous les avantages et sans les inconvénients des opérations sérieuses dans leurs conséquences (castration, cystostomie sus-pubienne, etc.), incertaines dans leurs résultats et dont les indications sont et resteront appréciables.

Enfin M. Chipault développe une note relative à une **série de douze craniectomies, dont sept pour tumeurs de l'encéphale, une pour méningite localisée, une pour hémiplégie spasmodique infantile, trois pour reliquats de traumatismes craniens infantiles.**

LES LIVRES NOUVEAUX

Technique et applications des rayons X. (Traité pratique de radioscopie et de radiographie) ; par G.-H. Niewenglowski, préparateur à la Faculté des Sciences de Paris, directeur du journal *La Photographie*. — Un volume broché in 8° avec 78 figures dans le texte et 8 planches hors texte. Paris, Sociétés d'éditions scientifiques, 1898.

Dans les premiers mois, qui ont suivi la belle découverte du Dr Rœntgen, les Rayons X ont été l'objet d'un

mouvement scientifique des plus importants : les découvertes et les perfectionnements se sont accumulés ; aussi les meilleurs ouvrages publiés sur cette question sont-ils devenus rapidement incomplets. D'autre part, on a reconnu que la pratique rationnelle de la radioscopie et de la radiographie n'était pas sans difficultés pour les opérateurs que des études scientifiques appropriées n'avaient pas suffisamment préparés à ce genre de travaux ; de grossières erreurs d'interprétation ont quelquefois même été commises. Dans l'ouvrage qu'il vient de publier, M. G.-H. Niewenglowski s'est précisément attaché à mettre à la portée du lecteur les connaissances scientifiques nécessaires pour un emploi judicieux et réfléchi du matériel électrique nécessaire, et pour l'interprétation correcte des images obtenues ; en particulier les illusions très diverses que peuvent produire les empiétements et les superpositions de pénombres sont longuement étudiées. Cet ouvrage ayant surtout un but pratique, la plus grande place y est consacrée aux modes opératoires que l'on peut dès aujourd'hui considérer comme définitifs, aux perfectionnemeuts les plus récents. Signalons, entre autres, la méthode de recherche et de détermination des corps étrangers dans l'organisme, présentée à l'Académie de Médecine, par M. le Dr Mergier. Néanmoins, on y trouvera un exposé des théories les plus acceptées actuellement, concernant les rayons cathodiques et les rayons X ; de nombreuses figures schématiques, dessinées exprès pour ce volume, facilitent l'intelligence du texte. L'ouvrage se termine par la description des applications les plus usuelles des rayons X, tant dans le domaine biologique que dans le domaine industriel. — *Table des chapitres* : I. Notions d'optique. II. Le spectre solaire. III. Les oscillations électriques. IV. Les rayons cathodiques. V. Les rayons X (modes de production, propriétés). VI. Le matériel (bobine, ampoule, sources d'électricité). VII. Technique de la radioscopie. VIII. Technique de la radiographie. IX. Détermination du siège d'un corps étranger. X. Applications biologiques et industrielles des rayons X.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

MONTPELLIER : 12 AU 17 AVRIL 1898.

Traitement médical des pyélites par les bains de vapeurs résineuses, sèches, de copeaux frais de pin Mugho.

M. le Dr BENOIT (du Martouret). — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Congrès une brochure sur le traitement médical des *pyélites* par les bains de vapeurs résineuses, sèches, de copeaux frais de pin Mugho. L'espace de temps imparti à chaque communication ne me permettant pas d'en donner lecture en entier, je me bornerai à indiquer brièvement l'origine et la nature du traitement employé à l'*Établissement Thermo-Résineux et Hydrothérapique du Martouret, à Die* (Drôme). ainsi que les principaux résultats obtenus. L'origine du traitement par les vapeurs résineuses du *pin Mugho* est fort ancienne, et la découverte de l'action salutaire de ses vapeurs est due à des bûcherons qui exploitaient sur le mont *Glandaz*, dans la Drôme, des forêts de pin Mugho pour la fabrication de la poix. La nature des maladies traitées a été d'abord les *maladies arthritiques* ; et, depuis 1847, la goutte, le rhumatisme, les névralgies, les sciatiques, etc., sont traités avec le plus grand succès par cette méthode. Dans ces dernières années, j'ai été amené à étendre ce traitement aux affections des reins : *néphrites* et *pyélo-néphrites chroniques*. Je ne puis pas encore fixer d'une façon définitive les conditions et le mode suivant lequel agit le traitement thermo-résineux ; mais, d'après une série d'observations que je publierai prochainement, les résultats obtenus sont assez satisfaisants pour marcher résolument dans cette nouvelle voie, puissamment secondé par le perfectionnement de notre appareil balnéaire à chaleur et à vapeur graduées, décrit d'autre part. Les résultats du traitement sont les suivants : 1° Une modification dans la composition des urines, qui se traduit par *une augmentation de l'acide urique*, modification qui se montre dès les premiers jours du traitement et continue longtemps après. — 2° *L'albumine diminue ou disparaît*. Cet effet peut ne se produire qu'à la fin du traitement et même après le retour du malade à la maison. Si l'albumine réapparaissait pendant la saison humide, une autre cure rendrait définitive la disparition de ce symptôme. — 3° Corrélativement à ces changements d'ordre chimique, ont lieu les modifications qui signalent le *retour vers l'état normal de la sécrétion urinaire et de son organe*. — En définitive, les maladies justiciables du traitement thermo-résineux du Martouret sont : la *goutte* et le *rhumatisme sous toutes leurs formes*, les *névralgies*, les *sciatiques*, les *cystites*, les *néphrites* et les *pyélites chroniques*. A vrai dire, je suis embarrassé pour donner l'explication théorique des résultats obtenus. Sans doute, l'état hygrométrique remarquablement sec de la station du Martouret, l'altitude élevée, la brise des Alpes, le climat privilégié de nos montagnes, la pureté des eaux peuvent entrer pour une part dans les effets curatifs qu'on y constate ; mais l'agent principal est le *traitement thermo-résineux, tel que nous le pratiquons*. Ce traitement agit sans doute d'une façon multiple : 1° *Il excite et rétablit la fonction de la peau, dont l'état a, comme on le sait, un retentissement énorme snr les affections des reins* ; 2° *il introduit dans le sang des substances balsamiques ayant sur*

les reins eux-mêmes un effet topique et salutaire; 3° *il modifie dans un sens favorable la composition des urines, d'où des effets incontestables dans le traitement des affections des voies génito-urinaires.* Ces trois actions réunies concourent effectivement au traitement des *pyélites* et des *pyélo-néphrites*; et nous affirmons que leur amélioration est constante et que leur guérison intégrale est possible.

De l'emploi, par usage externe, du salicylate de méthyle, dans la colique hépatique.

M. le Dr Chambard-Hénon (de Lyon). — Après avoir esquissé l'historique de la question depuis 1877 et jusqu'à nos jours, l'auteur présente trois observations très détaillées de malades ayant de la lithiase biliaire incontestable, toutes trois ayant fait des saisons à Vichy, — ayant montré de la poussière lithiasique ou de petits calculs dans leurs selles, et ayant souvent des crises de coliques hépatiques. Jamais l'action bienfaisante du salicylate de soude n'a manqué de se produire. Dès que les premiers prodrômes de la crise se faisaient sentir, vite on administrait 0 gr. 50 centigr. de salicylate de soude de quatre heures en quatre heures et la diète lactée. Au bout de trois jours, toute menace avait disparu. Dans le cas d'une crise épathique très violente, survenue chez une malade âgée de 78 ans, M. Chambard-Hénon a pratiqué l'application du salicylate de méthyle sur la peau. L'état de la malade s'était amélioré d'une façon inespérée. Ce résultat, qui l'avait frappé, amena tout naturellement l'auteur à appliquer ce traitement aux trois malades dont les observations sont données par l'auteur avec forces détails. Il résulte de l'étude que M. Chambard-Hénon, a faite sur l'action du salicylate de méthyle que :

1° Pour bien réussir, il faut appliquer le remède le plus tôt possible, dès que le patient déclare qu'il sent une certaine pesantenr dans l'hypocondre droit, dès que l'on constate du gonflement du foie et la région de la vésicule un peu douloureuse;

2° On peut sans inconvénient appliquer des doses de 6 à 8 grammes en 24 heures. On badigeonne et l'on applique par dessus une large feuille de gutta-percha laminée;

3° Le soulagement commence à se faire sentir une demi-heure après le début de l'application; il est très marqué au bout d'une heure;

4° Cette médication n'a pas les inconvénients de la piqûre de morphine, le salicylate de méthyle ne fatigue pas les malades, comme le salicylate de soude;

5° Les cas observés et traités par l'auteur lui paraissent encourageants; il se propose donc d'appliquer cette méthode de préférence au salicylate de soude, sauf, en cas d'insuccès, à revenir au vieux traitement (piqûre de morphine, chloral, inhalations de chloroforme).

De quelques névropathies et de leurs rapports avec les lésions congénitales et héréditaires du cœur.

M. le Dr Riberolles (de Saint-Sauves). — La littérature médicale ne nous avait pas démontré jusqu'à présent que les cliniciens eussent déposé des conclusions formelles au sujet du rapport des névropathies avec la pathologie du système circulatoire. Toutefois, après l'observation approfondie d'un très grand nombre de sujets atteints de maladies nerveuses, M. Riberolles a été amené à rejeter l'hypothèse de la pure coïncidence, hypothèse qui avait été assez généralement admise jusqu'à maintenant. En effet, les divers troubles nerveux, dont il s'agit, ne sont presque jamais en rapport avec une lésion anatomique bien déterminée des centres nerveux; dans les cas où les lésions anatomiques existent, elles sont loin d'être caractéristiques, la cause primordiale de la névropathie restant sous la dépendance de l'hérédité dite neuro-arthritique; enfin, bon nombre d'auteurs ont admis qu'un ralentissement ou une accélération de la circulation dans les centres nerveux pouvaient provoquer des phénomènes convulsifs : ce que, d'ailleurs, les expériences sur les animaux ont suffisamment démontré. La conclusion qui découle des données qui précèdent, c'est qu'il existe une hérédité cardio-vasculaire, en rapport avec une anomalie du système circulatoire, laquelle fait que le sujet qui en est atteint pourra, suivant les circonstances de la vie, présenter des troubles névropathiques généralement passagers ou intermittents, mais susceptibles par leur fréquence ou leur persistance d'entrainer à leur suite des lésions définitives du système nerveux, surtout s'il y a association de la syphilis ou de l'alcoolisme.

VARIÉTÉS

Un cas de ronflement extraordinaire.

Les ronflements d'une jeune fille peuvent-ils devenir une cause d'incommodité et, par suite, d'insalubrité pour ses voisins dans la maison qu'elle habite? Telle est la question qu'a eu à se poser un magistrat de la cour de police de Westminster. Un soir, miss Jane Ship, une domestique, momentanément sans emploi, se présentait pour louer une chambre dans un hôtel de Queen's gate, tenu par le sieur Gaskell. La jeune fille était bien vêtue, d'allures respectables, et on ne fit aucune difficulté pour l'admettre. Elle paya une semaine d'avance, dépensa quelque argent à son souper et monta finalement dans sa chambre pour se coucher. A partir de ce moment, elle devint pour ses voisins un objet d'horreur. Elle était à peine remontée depuis une demi-heure que l'hôtelier, frappé de stupeur, *entendait résonner un bruit violent*

et continu qu'il a comparé, à l'audience, à celui d'un train de marchandises passant sur un pont en fer. Toute la maison sursauta ; des locataires affolés sortirent demi nus de leurs chambres en appelant au secours, tandis que ceux qui conservaient leur sang-froid s'empressaient de déguerpir en emportant leurs bagages. En prêtant l'oreille, l'aubergiste reconnut que ce tumulte terrifiant partait de la chambre occupée par Jane Ship, et il s'enhardit à frapper à sa porte. Du coup, le bruit cessa. La jeune fille, réveillée, convint volontiers de son infirmité et la déplora en fondant en larmes. « C'est à cause de cela, dit-elle, que je ne puis jamais garder une condition plus de huit jours. »

L'hôtelier l'invita à chercher sur-le-champ un autre domicile ; mais la petite avait payé huit jours d'avance et entendait jouir de sa semaine. Un policeman consulté lui donna raison.

Un jour, enfin, Gaskell, voyant son hôtel vide et son avenir menacé, s'est résigné à traîner Jane Ship devant la cour. Le juge était fort embarrassé. Comment se faire une conviction? *Nommer un expert en ronflement?* Aller lui-même passer une nuit dans l'hôtel? Il a préféré s'en rapporter aux témoins cités par l'aubergiste, témoins parmi lesquels figurait un honorable clergyman, qui a comparé les ronflements de la jeune bonne aux trompettes du jugement dernier. Finalement, Jane Ship a reçu l'ordre de chercher gîte ailleurs, Gaskell lui ayant restitué ses arrhes.

FORMULES

Mélange pour injections intra-uréthrales contre la blennorrhagie ; par M. DE VALANDÉ.

Menthol		0 gr. 02 centigr.
Acide salicylique		0 — 10 —
Acide phénique Acide lactique Essence d'eucalyptus Salicylate de méthyle	àà	0 gr. 20 —
Résorcine		0 — 50 —
Eau		100 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

NÉCROLOGIE

M. le Dr LAIGNEZ, de Douai, reçu en 1856. — M. le Dr de FINANCE, de Paris, reçu en 1878. — M. le Dr CHELLOT, de Fontoy, près Thionville, reçu en 1837. — M. le Dr LABRÉVOIT, de Gerbeviller, reçu en 1837. — M. le Dr SCHACKEN, de Pont-à-Mousson. — M. le Dr BERRUT, dont les obsèques ont eu lieu à Auriol (Bouches-du-Rhône). Notre confrère, ancien chef de clinique à Marseille, exerçait la médecine à Paris depuis une quarantaine d'années ; il laisse le souvenir d'un excellent confrère tout dévoué aux questions professionnelles.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

L'Ordre des médecins à l'Association des Médecins de France. — On connaît la substance du rapport de M. le Dr Thibierge à l'assemblée générale de la Société centrale de la Seine, rapport nettement défavorable à l'institution d'un ordre des médecins, et dont les conclusions avaient été adoptées par les membres présents à la réunion du 6 février dernier. D'autre part, l'enquête faite auprès de toutes les sociétés départementales montre que celles-ci sont défavorables à la réforme proposée. En présence des résultats négatifs de cette consultation, on se croyait autorisé à penser que cette affaire serait définitivement rejetée par l'assemblée générale des délégués, qui a tenu ses grandes assises annuelles les 17 et 18 avril dernier. Il n'en a rien été cependant. Après une large discussion, l'assemblée reconnaissant que la solution de cette affaire intéresse gravement l'avenir de la médecine en France, a décidé que cette question devait être maintenue à l'ordre du jour et, d'autre part, que le projet élaboré par la commission et les conseils judiciaires de l'Association de la Gironde, devait être soumis à l'étude du conseil général et de toutes les sociétés de France.

Service de Santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 21 avril 1898, ont été désignés pour les postes ci-après : MM. les médecins-majors de deuxième classe Viguier, pour le 147e d'infanterie ; Roy, pour le 26e d'infanterie, et Laporte, pour le 28e d'infanterie.

Distinctions honorifiques. — Par décisions présidentielles, M. Carayon, médecin-major de première classe, a été promu au grade de commandeur de l'ordre du Nichan-el-Anouar ; M. Visbecq, médecin aide-major de première classe, a été nommé au grade de chevalier de l'ordre du Dragon de l'Annam ; M. Piquet, médecin-major de deuxième classe, a été nommé au grade d'officier de l'ordre du Cambodge. Par décret royal espagnol, en date du 8 mars 1898, M. Peyroux, médecin aide-major de première classe, a été nommé commandeur de l'ordre royal d'Isabelle-la-Catholique.

Ecole de Médecine de Limoges. — Par arrêtés ministériels en date du 22 avril 1898, des concours s'ouvriront le 7 novembre 1898 : 1° devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour les emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges ; et de suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicale à ladite École ; 2° devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

Hôpitaux de Paris. — Les épreuves d'admissibilité du concours de chirurgien des hôpitaux de Paris sont terminées. — Sont déclarés admissibles : MM. Souligoux, Glantenay, Morestin, Bouglé, Riche, Launay, Longuet et Michon.

Stations thermales françaises. — *Les travaux d'embellissement de Vichy.* — La convention entre l'Etat et la compagnie fermière, récemment votée par les Chambres, a donné le signal des transformations qui doivent faire de Vichy la plus

séduisante des stations thermales. D'après les plans à l'étude, un magnifique établissement thermal va s'élever vaste, confortable et luxueux. Il réalisera des conditions d'installation et d'organisation permettant toutes les applications des méthodes thérapeutiques modernes et pouvant répondre aux exigences des baigneurs au plus fort de la saison. A la place de l'ancien établissement se dressera un trinkhall, le plus vaste du monde, et qui sera comme le temple de « la Grande-Grille ». L'hygiène n'a pas été oubliée dans ce programme. Un système perfectionné d'égouts et de distribution d'eau feront de Vichy un modèle de salubrité. L'Etat, la ville et la compagnie fermière s'associent pour réaliser ce magnifique programme. On a souvent comparé les sources de l'Etat (Célestins, Grande-Grille et Hôpital) aux plus précieux joyaux de notre trésor hydrothérapique ; les plus difficiles seront forcés d'avouer cette fois que l'écrin sera digne d'elles.

PETITE CORRESPONDANCE

La GAZETTE MÉDICALE, étant l'organe hebdomadaire de l'Institut de Bibliographie, il sera répondu à cette place aux questions qui sont posées par les Abonnés de l'Institut.

Dr X... (Paris). — Nous vous conseillons la machine à écrire *la Hartford*. C'est celle qui est employée à l'Institut de Bibliographie, où vous pourrez la voir fonctionner tous les jours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS AUX AUTEURS ET AUX ÉDITEURS

Tout ouvrage ayant trait à la Médecine et aux Sciences Biologiques, qui sera envoyé, 93, Boulevard Saint-Germain, Paris, sera analysé dans la *Gazette Médicale de Paris*, dans le plus bref délai possible, avec tous les détails nécessaires.

HIRSCHWALD (Auguste) — 68 *N. W. Unter den Linden*, Berlin.

LIEBREICH (Oscar). — **Encyklopaedie der Therapie. — Zweiter Band II. Abtheilung II Lieferung.** — Broch. in-8 de 260 pages. Berlin, 1898.

HEUBNER (O.) — **Ueber Gedeihen und Schwinden im Saüglings-Alter.** — Broch. in-8 de 36 pages, Berlin, 1898.

BAILLIÈRE. — 19, *rue Hautefeuille*, Paris.

GUIGUES (Eugène). — **De l'incontinence d'urine vraie et essentielle chez la femme et de ses divers traitements.** — Broch. in-8°, avec 11 figures dans le texte. Paris, 1897.

HAMANT (H.). — **La mort subite post-opératoire.** — Broch. in-8°, de 86 pages. Paris, 1897.

INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE

PARIS. — 93, boulevard Saint-Germain, 93. — PARIS.

VIENT DE PARAITRE :

Chirurgie de l'Intestin; par M. JEANNEL, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse. — Paris, Institut de Bibliographie, 1898. — Vol. de 400 pages, avec 363 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs.

C'est une *Chirurgie opératoire* de l'intestin que publie aujourd'hui M. Jeannel, et nous voulons espérer qu'il complétera son œuvre, en nous en donnant ultérieurement le complément nécessaire, sous forme d'une *Chirurgie pathologique* du tube intestinal.

Certes, de toutes les chirurgies viscérales, celle de l'intestin est bien une de celles où les plus belles conquêtes aient été faites dans la deuxième moitié du XIXe siècle. Autant, naguère, le chirurgien redoutait avec trop de raison les interventions intestinales, autant, de nos jours, c'est avec confiance qu'il entreprend sur le tube digestif les opérations les plus hardies et les plus ingénieuses. Et cependant il n'existait encore aucune monographie complète consacrée à l'étude de ces opérations ! Assurément les traités anciens ou récents de médecine opératoire contiennent un chapitre, où sont indiqués les principaux points de suture avec leur technique, et où sont plus ou moins décrits l'entérostomie, l'entérorraphie, l'entérectomie, l'entéro-anastomose, etc. Assurément aussi nous avions deux petits livres sur les mêmes sujets. Mais en vérité il n'y a, en tout cela, que des ébauches insuffisantes pour instruire le lecteur et former un opérateur. M Jeannel a voulu combler cette lacune. Fort d'une expérience personnelle acquise dans sa pratique et complétée par la lecture et la mûre analyse de toute la littérature afférente à la question, il a écrit un livre qui, s'il n'est pas sans défauts, a du moins le mérite d'être complet et consciencieux.

La chirurgie de l'estomac, la chirurgie de l'anus et du rectum étaient faites et bien faites ; M. Jeannel n'a pas cru devoir les recommencer, et il s'est borné à la chirurgie du duodénum, de l'intestin grêle, de la région iléo-cœcale et des côlons. M. Jeannel ne s'est pas contenté de décrire les différentes opérations et les procédés opératoires, et de formuler les indications de chacune et de chacun. Cédant à ses habitudes professorales, il a critiqué les uns et les autres, donnant sur les questions en litige son opinion motivée. Peut-être quelques esprits chagrins et susceptibles lui reprocheront-ils de parler parfois trop net, et de ne pas émousser les pointes de ses critiques ! Mais ne serait-il pas lui-même en droit de répondre qu'en matière scientifique la vérité ne peut blesser.

[A. P. S.].

ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

Paraissant tous les mois

Rédacteur en chef : Dr MARCEL BAUDOUIN.

BUREAUX : 93, Boulevard Saint-Germain. — PARIS.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France et Algérie	20 fr.
Recouvré à domicile	20 50
Pays étrangers compris dans l'Union postale	23 »

Prix du Numéro..... 2 fr.

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats, rélatifs, soit à la Rédaction, soit à l'Administration, doivent être adressés **franco** à M. le RÉDACTEUR EN CHEF GÉRANT des *Archives provinciales de Chirurgie*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Marcel BAUDOUIN.

Paris. — Imp. de la BOURSE DE COMMERCE (Ch. Bivort), 33, rue J.-J.-Rousseau.